Rok LI. Kraków, dnia 17. sierpnia 1912. Nr 33

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę duru brzusznego

przez

H. Fidlera (Radom*).

Do połowy XIX w. pod nazwą duru brzusznego pojmowano wszystkie choroby, w których naczelnym objawem było odurzenie — status typhosus. Znalazły się tutaj obok siebie: istotny dur brzuszny, niektóre przypadki zapalenia płuc, ospy, płonicy, posocznicy i t. p.

Później już oględniej stosowano nazwę powyższą do chorób, które nazywano: febris nervosa, maligna, ardens, pestilens, bellica, petechialis. Przedewszystkiem zaś nazwą duru obejmowano dur brzuszny, wysypkowy i powrotny.

Dopiero od czasów Morgagniego stwierdzono, iż w durze brzusznym istnieją pewne swoiste zmiany anatomopatologiczne w jelitach. Tedy za podstawę do określenia jednostki chorobowej przyjmować poczęto objawy kliniczne i zmiany anatomo-patologiczne.

Nowoczesna era w pojęciach patogenetycznych chorób zakaźnych datuje się od powstania bakteryologii.

Dopiero wykrycie swoistych pasorzytów chorobotwórczych umożliwiło ścisłe i prawidłowe wyodrębnienie poszczególnych postaci chorobowych niezależnie od wspólności objawów klinicznych i bez względu na brak swoistych zmian anatomo-patologicznych, dotychczas uznawanych za jedyny sprawdzian typu chorobowego.

Opierając się na powyższem, usunął Curschmann dur wysypkowy z grupy »tyfusowej« i przeniósł go do grupy ostrych wysypek p. n. Fleckfieber, Petechienfieber; u nas zaś pierwszy Dunin podał myśl zmiany nazwy »duru powrotnego« na nazwę »gorączki powrotnej« (Rückfallfieber u Niemców), gdyż ta ostatnia z durem nic wspólnego nie ma.

Subtelne badania bakteryologiczne wykazały, że do grupy »duru brzusznego« należą 4 postacie chorobowe: istotny typhus abdominalis, paratyphus A, paratyphus B, oraz typhus mandschuricus.

Właściwy dur brzuszny.

W roku 1880 Eberth wykrył lasecznika durowego. Stwierdził to następnie Koch, znajdując go w narządach durowych zwłok. Gaffkyemu zawdzięczamy wyczerpujące studya w sprawie etyologii duru brzusznego, Schottmüllerowi zaś wyodrębnienie pokrewnych durowi postaci, a mianowicie paratyfusów.

Gaffky wykazał, iż w narządach chorych durowych stale jest obecny lasecznik o niezmiennych własnościach, który można wykryć metodami barwnikowemi i hodowlanemi.

Lasecznik durowy należy do gatunku l. okrężnicy (b. coli). Do tegoż gatunku należą oprócz prątka okrężnicy: l. hogcholery, cholery świńskiej; b. enteritidis Gartneri, b. paratyphi A i B., l. duru mysiego, b. faecium alcaligenes i inne.

Wszystkie powyższe pasorzyty odgrywają poważną rolę w patologii jelit, lasecznik zaś okrężnicy jest stałym ich mieszkańcem.

Dzięki usilnym badaniom powiodło się wyodrębnić poszczególne postacie z powyższej grupy i ustalić dla każdego podgatunku typowe, swoiste i jemu jedynie właściwe cechy biologiczne i patologiczne.

W celu wyodrębnienia l. duru brzusznego używają obecnie w pracowniach podłóż, które, hamując rozwój innych pasorzytów, ułatwiają rozwój l. durowego. Do takich należy w pierwszym rzędzie żółć, oprócz tego pożywki Löfflera, Lentza, zawierające zieleń malachitową; Barsiekowa — rozczyn nutrozy, lakmusu i cukru; Conradiego — agar z zielenią brylantową lub kwasem pikrynowym.

W celu nagromadzenia (Anreicherung) l. durowych podał w ostatnich czasach Gildemeister sposób prosty, praktyczny i bardzo dogodny dla celów klinicznych, nawet w braku pracowni. A mianowicie do 2—3 cm krwi chorego dodaje się 4—6 cm^3 przekroplonej, przez gotowanie wyjałowionej wody. Mieszaninę stawia się w ciepłem miejscu (niekoniecznie w cieplarce). Po 1—2 dniach bada się pod drobnowidem w wiszącej kropli. Jeśli w kropli są laseczniki, obdarzone własnym ruchem, to z wszelką pewnością mamy do czynienia z l. durowym. Schottmüller sprawdzał sposób Gildemeistra u siebie w pracowni i potwierdził prawdziwość wyników jego badań. My w kilku przypadkach u siebie badaliśmy według metody G. i w istocie znaleźliśmy laseczniki ruchliwe, a więc durowe. Kol. Wojczyński zaś łaskawie przeprowadził badania na podłożach, lecz nie wykrył l. duru, a jedynie gronkowce, bakterye wodne, laseczniki grube w rodzaju krętków (z wody). Kol.

*) Odczyt, wypowiedziany w Towarzystwie lekarskiem radomskiem w d. 20 kwietnia 1912 r.

Wojczyński otrzymał krew dopiero po 5—6 dniach po kilkakrotnem otwieraniu cylindra.

Lasecznik durowy działa trująco w ustroju przy pomocy endotoksyn, zawartych w protoplazmie jego komórek. Czy wydziela on jad (toksyny) w ustroju, pozostaje do tej pory sprawą sporną. W podłożach w istocie wydziela jady. Doświadczenie jednak wykazało, że toksyny l. durowego, otrzymane z hodowli, co najmniej nie są identyczne z toksynami, jakie l. durowy wydziela w ustroju, o ile je wogóle tam wytwarza. Dowodzą tego próby leczenia chorych durowych surowicami antytoksycznemi. Przez wstrzykiwanie zwierzętom przesączu hodowli durowych otrzymywano surowicę, która u chorych nie dawała pomyślnych wyników. Również pomyślnego wpływu nie było przy stosowaniu surowicy antyendotoksycznej.

Surowica bakteryobójcza u zwierząt, zakażonych l. durowym, dawała pomyślne wyniki, u chorych zaś zawiodła. Ale pamiętać należy, iż u zwierząt, używanych zwykle do doświadczeń, zakażenie durowe przebiega odmiennie, aniżeli u ludzi.

Surowicę antytoksyczną stosował Tavel, surowicę antytoksyczną Chantemesse, surowicę antyendotoksyczną Besredka, Mac Fadyen, surowicę antytoksyczną i antyendotoksyczną Kraus, Stenitzer, Meyer, Aronsohn i Bergell.

Osobiście w jednym przypadku ciężkiego duru z zejściem śmiertelnem stosowałem surowicę Besredki i nie widziałem żadnego wpływu. Nie ośmielam się wydawać sądu na zasadzie jednego przypadku.

Wright proponuje szczepienie ochronne przeciwko durowi brzusznemu przy pomocy zabitych hodowli. Według Wrighta liczba zachorowań i śmiertelności zmniejsza się o połowę. Z 1758 szczepionych i chorych zmarło 8%, z 10980 nie szczepionych i chorych 16,6%. Odporność trwa 2—5 lat.

R. Koch w swych pracach klasycznych wymagał, aby drobnoustrój, pomawiany o wywołanie pewnego typu chorobowego, dowiódł swej swoistości w ustroju zwierzęcia użytego do doświadczenia, t. j. by wywołał tesame objawy, jak dane zakażenie u ludzi.

Udało się to co do duru brzusznego tylko do pewnego stopnia. W r. 1885 Fraenkel i Simmonds wstrzykiwali myszom wewnątrzżylnie, a także do otrzewnej duże ilości czystych hodowli l. durowych. Wywoływali ciężką, zakończoną śmiercią chorobę ze swoistemi zmianami anatomopatologicznemi, a mianowicie: obrzmienie, miejscami zgorzel grudek limfatycznych w jelitach cienkich i okrężnicy, świeże nacieki w gruczołach krezkowych, zwyrodnienie miąższowe wątroby i znaczne obrzmienie śledziony. Badanie drobnowidowe wykazało obecność wielkiej ilości l. durowych, szczególniej w śledzionie. Potwierdzili to Sirotinin, Breyer, Kitasato i Wassermann w 1886 r., jakkolwiek używali do wstrzykiwań hodowli zabitych.

Z powyższego doświadczenia okazało się, iż zwierzęta giną wskutek ciężkiego zatrucia, a nie wskutek zakażenia, gdyż w ich ustroju l. durowy nie rozmnaża się w sposób widoczny.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Etyologia, patologia i leczenie gruźlicy narządu słuchowego.

(Wykład na VII. międzynarodowym Zjeździe przeciwgruźliczym dnia 17 kwietnia 1912 w Rzymie).

Podał

R. Spira.

(Ciąg dalszy).

Nieraz udaje się zaraz w początku spostrzedz na błonie bębenkowej szarożółtawe gruzełki, które szybko rozpadając się, dają powód do powstania mnogich przedziurawień, wiodących przez zlewanie się z sobą do zniszczenia błony bębenkowej. Przebicie błony bowiem następuje tu, nie jak zwykle pod wpływem parcia wysięku od wewnątrz, lecz przez rozpadanie się gruzełków na błonie, czem się też tłómaczy brak bolesności i równoczesne przedziurawienie błony w kilku miejscach.

Skryty początek, wlokący się i bezbolesny przebieg, szybko postępujące przytępienie słuchu, mnogie ubytki w błonie bębenkowej i t. p. są znamiennymi objawami gruźliczej przyrody choroby.

Bóle ucha, nieraz w późniejszym okresie występujące, są prawdopodobnie zależne od zakażenia mieszanego, które może nastąpić bądź to drogą trąbki, bądź też od zewnątrz drogą ubytku w błonie bębenkowej.

Przyczyny znacznego niedosłyszenia w tej chorobie szukać należy z jednej strony we wczesnem zajęciu błony śluzowej w okolicy okienek błędnikowych, z drugiej w rychłem powikłaniu ze strony błędnika.

Czasem występują na błonie śluzowej małe żółte guziczki, które szybko rozpadając się, powodują powierzchowne owrzodzenia na błonie śluzowej. Kiedyindziej błona śluzowa pokrywa się szarym lub szarożółtawym nalotem włóknikowatym, który utrzymuje się dłuższy czas bez zmiany i nie daje się oddzielić, albo też jama bębenkowa wypełnia się masami wiotkich ziarnin, które mogą nabrać postaci guzkowatej.

Dalszy przebieg wymienionych wszystkich postaci zależy głównie od przebiegu gruźlicy ogólnej. W korzystnych warunkach może sprawa przy stosownem leczeniu, po zabiegu operacyjnym lub też bez niego wygoić się z pozostawieniem większego lub mniejszego stopnia upośledzenia słuchu. Przy daleko posuniętej gruźlicy płuc i u chorych fizycznie podupadłych gruźlicza sprawa kości postępuje coraz dalej. Przytem może cały wyrostek sutkowy spróchnieć i zmartwieć bez żadnych zmian zewnętrznych. Albo też ropa przebija się na zewnątrz w różnych miejscach kości i ledwo rana na jednem miejscu zamknęła się, już się otwiera przetoka w innem miejscu kości czaszkowej. Nakoniec następuje zejście śmiertelne wśród szybkiego upadku sił, ogólnego wyczerpania, gorączki, rozpływnych potów, lub wśród objawów powikłania śródczaszkowego, zapalenia opon gruźliczego i t. p.

Jednakże zapalenie gruźlicze opon przy równoczesnej gruźlicy ucha nie zawsze jest koniecznie jej następstwem, jak to wykazuje przypadek Bondyego. Tu wrastała bujająca ziarnina gruźlicza wprost z jamy nosowo-gardłowej do jamy czaszkowej obok przysadki mózgowej, wytworzyły się liczne martwaki i gruźlicze zapalenie opon mózgowych.

W jednym przezemnie spostrzeganym przypadku przewlekłego ropienia usznego z próchnieniem wyrostka sutkowego u osoby suchotniczej miała nastąpić doszczętna operacya ucha. Chory jednak długi czas nie chciał się zgodzić na zabieg chirurgiczny, a gdy nareszcie później na to się zdecydował, gruźlica ogólna tak już była posunięta, że uważaliśmy wszelką interwencyę chirurgiczną za spóźnioną, a zatem bezcelową. Chory udał się do Wiednia, gdzie w klinice otyatrycznej usunięto znaczną część kości

skroniowej. Po kilku tygodniach, po powrocie do Krakowa zgłosił się chory znów do nas ze stanem ucha wprawdzie popoprawionym, ale z gorszym stanem ogólnym i z przetoką za uchem. Przetoka ta wprawdzie się zamknęła, ale wkrótce utworzyły się inne, ropienie uszne wróciło, na różnych miejscach za i pod uchem otwierały się jedna po drugiej ropiejące przetoki, przez które można było zgłębnikiem dojść nieraz na kilka cm. głęboko do obnażonej kości skroniowej, potylicznej, a nawet do kręgów szyjnych. Wśród ciągłej gorączki i postępującego upadku sił nastąpiła niebawem śmierć z gruźlicy ogólnej.

W większej części przypadków przebieg jest przewlekły, ciągnący się latami, zmienny, zależny od stanu ogólnego ustroju.

W przebiegu gruźlicy ucha zdarza się czasami, że mimo nieznacznych objawów podmiotowych, niewielkich zmian przedmiotowych w uchu środkowem i zupełnego braku wykazalnych zmian chorobowych w błędniku, słuch szybko się pogarsza i badanie słuchu wykazuje czynnościowe zaburzenie narządu ślimakowego. Wobec zupełnego braku objawów zapalnego zajęcia błędnika, braku szumu w uszach, zawrotu głowy, zaburzeń równowagi i t. p. musimy wyłączyć surowicze zapalenie błędnika. Natomiast należy przypuścić, jako przyczynę tego zaburzenia słuchu, zmiany odżywcze nerwowych składników ślimaka w następstwie zatrucia przez wytwory przemiany materyi prątków gruźliczych. Mogłoby jednak również chodzić o zapalenie toksyczne (Wittmaack) lub o sprawy degeneracyjne lub zapalne (Siebenmann) w n. słuchowym.

W jednym przezemnie leczonym przypadku, dotyczącym chorego urzędnika, w sile wieku, pozornie zresztą zupełnie zdrowego, dotkniętego ostrem zapaleniem ucha środkowego, uderzyło mnie zmniejszenie się bystrości słuchu niestosunkowo znaczne, ktore mimo cofnięcia się zmian zapalnych w uchu, skąpej wydzieliny, nieznacznych zmian przedmiotowych i zupełnego braku innych objawów błędnikowych, coraz dalej postępowało. Przy dokładniejszem zbadaniu okazało się, że miałem przed sobą niedosłyszenie pochodzenia błędnikowego. Teraz dopiero po energicznem wypytywaniu się zdołałem się dowiedzieć, że chory dawniej przebył kiłę. Przypuszczając w tem przyczynę choroby błędnika, przekazałem chorego opiece specyalisty chorób skórnych, który go poddał energicznemu leczeniu swoistemu przeciwkiłowemu. Atoli poprawy słuchu nie było żadnej, natomiast pojawiły się wkrótce objawy zajęcia płuc, w celu leczenia których chory udał się do Zakopanego, gdzie po niedługim czasie, jak się dowiedziałem, uległ szybko postępującym suchotom płuc.

Rokowanie jest w tej chorobie wogóle niepomyślne. Skoro jednak zdarzają się i tu przypadki z łagodnym przebiegiem i dobrze się kończące, należy w poszczególnych przypadkach przepowiednię uczynić zależną od stanu ogólnego chorego. W daleko posuniętej gruźlicy płuc nie można się dużo spodziewać po leczeniu choroby usznej. Im większe charłactwo gruźlicze, tem trudniej da się powstrzymać postępujące zniszczenie narządu słuchowego. Należy jednak mieć na względzie, że znane są przypadki, w których odpowiednie leczenie ucha, względnie usunięcie ogniska gruźliczego z kości skroniowej, wywarło korzystny wpływ także na chorobę ogólną, szczególnie na przebieg gruźlicy w innych narządach.

Przypadki, w których mimo suchot wysokiego stopnia po operacyi doszczętnej nastąpiło szybkie wyleczenie ucha, przytoczyli Passow, Bénési i inni.

Przed kilku laty leczyłem chorego, handlowca G., młodego człowieka, dotkniętego gruźlicą płuc i krtani. Do przewlekłego ropienia ucha środkowego przystąpiło ostre zapalenie wyrostka sutkowego. Zabieg chirurgiczny był wskazany. Wbrew zdaniu internisty, ktory ze względu na stan płuc odradzał operacyę, ze względu na dolegliwości podmiotowe, trapiące chorego, zabieg chirurgiczny wykonaliśmy. Wyrostek sutkowy przedstawił się jako jama wypełniona masą serowato-ropiastą. Skutek zabiegu był bardzo dobry. Nietylko wyleczono chorobę uszną, co prawda z pozostawieniem trwałego otworu zausznego, lecz także w stanie ogólnym nastąpiła poprawa, sprawa płucna zatrzymała się i chory żyje dotychczas.

Wogóle jednak, z reguły nie powinno się w daleko posuniętej gruźlicy przystępować do operacyi usznej, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie ciężkie dolegliwości podmiotowe, rozszerzająca się sprawa zapalna, silne bóle w uchu, w głowie i w wyrostku sutkowym lub objawy grożącego powikłania mózgowego wymagają szybkiej interwencyi chirurgicznej.

Pojawienie się porażenia n. twarzowego ma złowrogie znaczenie przepowiednie, gdyż często poprzedza ono na krótki czas zejście śmiertelne.

Gruźlica ucha środkowego może przez jakiś czas przebiegać całkiem skrycie i pojawić się dopiero po przebiciu na zewnątrz przez błonę bębenkową, kiedy już otwarty jest przystęp dla wszelkiego rodzaju zarazków, zapalenie wzniecających. Ale nawet tam, gdzie choroba uszna już się wyraźnie zaznacza, poznanie gruźliczej jej przyrody znaczne może sprawiać trudności. Rozporządzamy wszelako całym szeregiem czynników, trafne rozpoznanie ułatwiających, które dla lepszego przeglądu podzielę na 4 kategorye, a mianowicie: 1) wywiady, 2) przebieg i wyniki badania przedmiotowego, 3) badanie drobnowidowe i 4) badanie biologiczne.

Ad 1). Istniejące lub przebyte sprawy gruźlicze w innych częściach ciała, zserowaciałe gruczoły chłonne, obciążenie dziedziczne, gruźlica u osób spokrewnionych i t. p.

Ad 2). Tak zw. »zimne« powstanie choroby usznej, nagłe pojawienie się wydzieliny z ucha bez objawów zwiastunowych, przebieg wlokący się, bezbolesny, bez gorączki, bez dolegliwości podmiotowych, bez objawów odczynowych ogólnych lub miejscowych, blada lub mało co zaczerwieniona błona bębenkowa, skąpa, rzadka wydzielina z ucha, mnogie przedziurawienia błony bębenkowej, szybki jej rozpad, szybkie zniszczenie kostek słuchowych, wytworzenie się bladych, wiotkich, po usunięciu uporczywie powracających ziarnin, nalot włóknikowaty na wzgórku, rychło powstające i niestosunkowo szybko postępujące przytępienie słuchu, wczesne wystąpienie porażenia twarzy, istniejące obrzmienie gruczołów szyjnych — są to szczegóły, pozwalające rozpoznać gruźlicze zapalenie ucha, i to tem więcej, jeżeli równocześnie istnieje gruźlica innych narządów, jak toczeń w nosie, w gardle, gruźlica płuc, zserowacenie gruczołów chłonnych, wejrzenie zołzowate, więź chłonna (habitus lymphaticus) i t. p. Potwierdzają to rozpoznanie znamienne przetoki kostne, otrętwiałe wrzody kostne z brzegami podminowanymi i dnem serowato rozpadłem.

W trudnych do rozpoznania przypadkach poleca Ferreri wprowadzić pasek gazy, zamoczonej w 10% dermatolglicerynie, głęboko do ucha wprzód dobrze wysuszonego i pozostawić na dobę. Po wyjęciu gazy wewnętrzny jej koniec jest w przypadkach sprawy gruźliczej czarno zabarwiony, żółte zaś zabarwienie gazy wskazuje na sprawę nie swoistej przyrody.

Ad 3). Wykazanie prątków gruźliczych w wydzielinie z ucha ma tylko względne znaczenie rozpoznawcze. Z jednej bowiem strony w przypadkach pewnej nawet gruźlicy ucha wykrycie tych prątków jest bardzo utrudnione i rzadko tylko się udaje. Z drugiej strony prątki te mogą być obecne nawet w zapaleniu ucha nie gruźliczego pochodzenia. Prątki te mogą bowiem dostać się do ucha środkowego z powietrzem bądź to przez trąbkę uszną, bądź też przez ucho zewnętrzne i stanowić przypadkowe tylko zanieczyszczenie wydzieliny niegruźliczej. Natomiast można uważać za pewny dowód gruźlicy wykazanie tkanki gruźliczej, gruzełków w chorobowo zmienionej błonie śluzowej jamy bębenkowej, w wydobytych z ucha ziarninach, polipach, okruchach kostnych i w gruczołach chłonnych, nad wyrostkiem sutkowym się znajdujących.

Zdaniem Ortha, pewną cechę sprawy gruźliczej stanowią znalezione w wysięku z jamy bębenkowej wielkie okrągłe komórki wysiękowe, zwłaszcza jeżeli takie wielkie jednojądrzaste komórki stanowią główny i prawie wyłączny składnik wysięku.

(Ciąg dalszy nastąpi)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Kehr. **O wrzodach dwunastnicy.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 24 i 25). K. na 954 laparotomii spostrzegał 94 razy, t. j. 10%, powikłania w trzustce, a 29 wrzodów. Przeważnie operuje K. wobec rozpoznania kamicy żółciowej. Rozpoznanie, a zwłaszcza odróżnienie od właściwej kamicy bywa nieraz niezmiernie trudne. Często przy wrzodzie dwunastnicy właśnie brakuje rzekomo typowych dlań objawów, t. j. bólu naczczo, okresowości napadów, krwawień i t. p. Ale zwykle objawy zarówno przy wrzodzie dwunastnicy, jak i przy kamicy, są tak dla chorego uciążliwe, że zmuszają jednakowo w obu cierpieniach do operacyi, omyłka w rozpoznaniu nie ma więc większego znaczenia. Pamiętać należy w leczeniu operacyjnem o tem, że w 20—30% bywa kilka wrzodów; zwłaszcza pamiętać o tem powinni zwolennicy wycinania wrzodów. Wrzody nie dające żadnych większych objawów, leczyć należy zachowawczo. Niestety podług Shawa i Perryego prawie $^2/_3$ wrzodów nie daje objawów aż do chwili przedziurawienia. Natomiast należy operować niezwłocznie wrzody dziurawiące. Przy krwotokach należy o ile możności odczekać, by chory przyszedł trochę do sił. K. w przeciwieństwie do przyjętych zapatrywań przy krwawieniach z żołądka, po operacyach i t. p. stosuje zaraz zgłębnik, by zupełnie opróżnić żołądek i widział potem tylko dobre skutki. Wskazaną też jest operacya przy zwężeniach, zapalnych podrażnieniach, częstych krwotokach i t. p. Względnem wskazaniem są ciągłe bóle, objawy zrostów i t. p. Usuwać należy doszczętnie wrzody, sadowiące się na brodawce Vatera. Co do metody operacyi, to zwykle wystarcza połączenie żołądka z jelitem i wyłączenie odźwiernika podług Eiselsberga. K.

Elenber. **Rozpoznanie różniczkowe i powikłania kamicy żółciowej.** (Med. Klinik, 1912, Nr 26). Napad bólu przy kamicy występuje nieraz po raz pierwszy w nocy. Występuje on w postaci kolki i kończy się zupełnie nagle, o ile nie ustępuje pod wpływem narkotyku, bo w takim razie ustaje stopniowo. Nieraz spotyka się przytem podniesienie ciepłoty (nawet do 40°). Najczęściej napad wywołują nie przyczyny mechaniczne, lecz przyczyny natury zapalnej. Najczęściej też w stolcach kamyków nie spotykamy. Żółtaczka występuje także rzadko (10%). Chorzy nie znoszą wogóle tłuszczów, alkoholu, zimnych napojów, mają często wzdęcia, odbijania, nieraz biegunki. Wątroba zwykle w czasie napadu i zaraz po nim jest wybitnie tkliwa i trochę powiększona, a w $^1/_3$ przypadków ulega zmianom także trzustka. Z powikłań wchodzą w grę sprawy zapalne dróg żółciowych, ropnie wątroby i t. p. Jeżeli ze stolcem odejdzie kamień większy od wiśni, to dowodzi to zwykle istnienia przetoki żółciowo-okrężniczej. Kamica wywoływać może następowo marskość wątroby, raka i t. p. W rozpoznaniu chodzi nieraz o rozróżnienie kamicy od wrzodu żołądka lub dwunastnicy ew. zapalenia wyrostka, lub zapalenia części rodnych kobiecych po stronie prawej, a nawet cierpień nerki (ruchomość, kamyki, zapalenie miedniczek w ciąży i t. p.). Pomocne w rozpoznaniu bywa napełnianie kiszki wodą lub rozdymanie jej, bo wtedy guz nerki znika, a pęcherzyk rysuje się wyraźniej. A.

Janssen. **Dyagnostyka różniczkowa gruźlicy dróg moczowych.** (Klin. therap. Woch. 1912, Nr 26). Wczesne rozpoznanie gruźlicy nerek rozstrzyga o losie chorego, a jest ono nieraz bardzo trudne. Zwracają tu uwagę w pierwszym rzędzie krwotoki, dalej przypadłości pęcherzowe nieraz przy moczu jasnym i kwaśnym. Mocz pozostaje i nadal kwaśnym w naczyniu, co odróżnia go od moczu nieżytowego. Nieraz w początkach gruźlicy zjawia się obfite oddawanie moczu zupełnie jasnego. Rozstrzyga sprawę oczywiście cystoskop, względnie badanie bakteryologiczne. Obecne sposoby dozwalają przekonać się zapomocą doświadczenia na zwierzęciu rychło, czy chodzi o gruźlicę, czy nie. Pomaga nam też w rozpoznaniu leczenie. W zwykłym nieżycie pęcherza nastaje poprawa przy leczeniu miejscowem, co przy gruźlicy zwykle nie następuje. Obraz cystoskopowy zwykle jest także cechujący (bliznowate zaciągnięcia, owrzodzenia koło moczowodów, gruzełki i t. p.). Także tuberkulina oddaje tu cenne usługi rozpoznawcze, a nawet lecznicze. Najracyonalniejszem leczeniem jest wczesne usunięcie nerki, które uzasadnione jest tam, gdzie jeszcze druga nerka nie jest zajęta. A.

Bachrach. **Śródpęcherzowe piorunowanie i przypalanie nowotworów.** (Tow. lek. wied. Kwiecień 1912). Przyrząd, do tego celu podany, pochodzi z Nowego Jorku. Ma on kształt cewnika. Z pomocą cystoskopu wprowadza się go do pęcherza, pod kontrolą oka wbija się go w guz i przez 15—20 sekund przepuszcza prąd. Piorunowanie powtarza się póty, póki jeszcze jest widoczna tkanka nowotworowa, poczem piorunuje się jeszcze podstawę guza. Zwykle potrzeba na to 5—6 posiedzeń. Chory odczuwa zaraz ból, gdy dojdzie się do tkanki zdrowej. Po zabiegu pozostaje promienista blizna. Leczenie to nie nadaje się oczywiście do zbyt rozległych nowotworów. Cenne usługi oddaje ono przy nawrotach, zwłaszcza w okolicy ujścia moczowodów. A.

VIII. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem

od dnia 1. stycznia do dnia 31. grudnia 1911 r. (włącznie)

ułożyli

Dr Kazimierz Dłuski, dyrektor Zakładu.

Dr Stefan Rudzki, I. asystent.

Cała liczba chorych w 1911 r. wynosiła 435. Według poszczególnych narodowości skład chorych był następujący: Polaków 359, Rosyan 51, Rusinów 12, Niemców 4, Czechów 3, Węgrów 2, Bułgarów 2, Francuzów 1, Słowaków 1. Cyfry powyższe uwidocznione są w tablicy I, obejmującej całą liczbę chorych w Zakładzie w ciągu 1911 r.; do tablicy II zaś, zawierającej wyniki lecznicze, wchodzi tylko 376 chorych, wyłączeni zaś są ci chorzy, których czas leczenia nie wynosił przyjętego przez nas minimum czyli 30 dni. Tym sposobem z ogólnej liczby 435 odpada 59 chorych. Zaznaczyć na wstępie należy, iż w liczbie 376 chorych, stanowiących przedmiot lekarskiego sprawozdania, znajduje się: 56 chorych, którzy odbyli drugi kurs leczenia; 14 chorych — trzeci kurs leczenia; 7 chorych — czwarty kurs, wreszcie 2 chorzy leczyli się po raz piąty w Zakładzie.

Co się tyczy metody leczniczej, to stosujemy od 1907 roku obok metody higieniczno-dyetetycznej, tuberkulinę Beranecka (TBk), której wyniki przed paru laty ogłosiliśmy drukiem (»Przegl. lek.« 1910, Nr 23, »O stosowaniu tuberkuliny Beranecka« przez K. Dłuskiego). Na razie wstrzymujemy się od wypowiedzenia jakiegoś bardziej ścisłego sądu głównie z tego względu, że leczenie swoiste różnymi przetworami tuberkulinowymi wogóle nie da się dziś oprzeć na mocnych naukowych zasadach i, zdaniem naszem, cała ta sprawa jest mocno zawiła. Co się zaś tyczy naszego własnego materyału, możemy powtórzyć wypowie-

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1911 do 31. grudnia 1911 (włącznie).

Narodowość	Liczba	Płeć		Pochodzenie	Liczba	Ilość dni leczenia	Wiek lat	Wiek osób	
Polacy	359	205 mężczyzn	230 kobiet	Galicya	144	9956	1—10	5	Średnia pobytu jednego chorego 78·8
Rosyanie	51			Litwa, Podole, Ukraina, Rosya	125	11840	11—20	72	
Rusini	12						21—30	180	
Niemcy	4						31—40	108	
Czesi	3						41—50	49	
Węgrzy	2			Królestwo	104	7380	51—60	18	
Bułgarzy	2			Warszawa	50	4457	>60	3	
Francuzi	1			Księstwo Pozn. i Prusy Zach.	9	462			
Słowacy	1			Inne kraje: (Włochy Węgry Morawy)	3	211			
Razem	435	435		Razem	435	34312		435	

TABLICA II.

Wyniki leczenia chorych za czas od 1. stycznia 1911 do 31. grudnia 1911 (włącznie).

Płeć		Wiek lata	Wiek osób	Obciążenie dziedziczne rodzaj *)	Obciążenie dziedziczne osób	Gorączka		Prątki Kocha		Waga obliczona na 100 dni						Okresy	Poprawa znaczna	Poprawa względna	Poprawa bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć
168 mężczyzn	208 kobiet	0—10	6	o[1]	99	przyjechało z gorączką osób 256	utraciło gorączkę osób 99	przyjechało z tbc osób 160	utraciło tbc osób 27	312 przybrało po 5·7 kg.	39 straciło po 2 kg.	8 bez zmiany	17 nieznana	ogólna liczba dni leczenia 33248	średnia na 1 chorego 88·4						
		11—20	71	o[2]	13											I. 186 49·5 %	95	76	14	1	—
		21—30	163	o	98																
		31—40	86	bez	166																
		41—50	34													II. 122 32·4 %	71	31	12	7	1
		51—60	14																		
		>60	2													III. 68 18·1 %	19	32	9	6	2
razem 376		razem 376		razem 376		% utraty gorączki 38·6 %		% utraty tbc 17·5 %		przybytek u 82·9 % ogółu						razem 376	185 49·2 %	139 37 %	35 9·3 %	14 3·7 %	3 0·8 %

*) o[1] oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o[2] — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

dzianą już w poprzednich sprawozdaniach opinię, że TBk daje wyniki kazuistyczne, a mianowicie czasem pomyślne u ciężko chorych i znów nie daje żadnych wyników tam, gdzie od środka swoistego można było z wszelkiem prawdopodobieństwem spodziewać się dodatniego wpływu na ustrój chorego. W każdym razie będziemy oczekiwać nagromadzenia obfitszego niż dotąd materyału, aby wytworzyć sobie zdanie o leczniczej roli TBk, na podstawie licznych spostrzeżeń klinicznych, oraz módz, z ewentualnem nawet pominięciem teoretycznych rozważań o uodpornieniu czynnem lub biernem, zdać sobie sprawę z działania tego środka na przebieg sprawy gruźliczej. Zaznaczyć jednak należy, że dopóki leczenie swoiste gruźlicy nie zostanie oparte na trwałych podstawach teoretycznych i klinicznych, uważamy TBk na równi z innymi licznymi przetworami swoistymi, za środek tylko pomocniczy, punktu zaś ciężkości będziemy zawsze szukać w metodzie Brehmera-Dettweilera, która, w porę stosowana i umiejętnie przeprowadzana, dawała, daje i dawać będzie w każdym razie dodatnie wyniki, mając zaś za sobą dobrze zasłużoną tradycyę już od lat kilkudziesięciu, uzyskała niezaprzeczone prawo obywatelstwa. Naturalnie, najlepsze wyniki dają przypadki we wczesnych okresach gruźlicy, które należy dokładnie rozpoznać. W tym celu posługujemy się nietylko znanemi metodami badania fizycznego, lecz już od paru lat stosujemy w Sanatoryum na szeroką skalę Röntgena, a także używamy próby tuberkulinowej w postaci maści Moro. Obfity materyał, dotyczący 500 chorych, zużytkowany został w pracy naszej, która w najbliższym czasie ukaże się w druku.

Co do samej metody higieniczno-dyetetycznej, jest to rzecz znana nietylko lekarzom, lecz popularna w szerokich kołach laików, nie potrzebuje więc szerszego omówienia. Pozwolimy sobie tylko przypomnieć niektóre główne jej szczegóły, oparte na 3 zasadniczych postulatach: stałe używanie świeżego powietrza, odpowiednie odżywianie, oraz spokój fizyczny i psychiczny. Szczegóły zaś te stanowią wytyczne punkty dla leczenia sanatoryjnego. Zgodnie

z pierwszym postulatem, chorzy spędzają obowiązkowo 6 godzin dziennie na werandach, a poza tem wielu z nich weranduje i w godzinach wieczornych, zimą i latem, zależnie od stanu pogody. Dalej, chorzy mający ciepłotę prawidłową, spędzają średnio 2—3 godzin, w różnych odstępach czasu, na spacerach w parku zakładowym lub poza jego granicami, zaczynając od spacerów bardzo krótkich, dopóki nie zostanie stwierdzone przez lekarzy, iż ruch nie wpływa ujemnie na ciepłotę, która u gruźliczych — jak wiadomo — bywa bardzo często w stanie niestałej równowagi. Ale niezależnie od spacerów, chorzy własnym instynktem kierowani, dążą stale do świeżego powietrza i zamiast pozostawania w pokojach — poza godzinami śniadań, obiadu i kolacyi — siedzą na ławkach, umieszczonych w wielkiej liczbie tuż przy zakładzie lub w różnych punktach parku. Nadto, przyzwyczajamy chorych do spania przy otwartych oknach lub górnych szybach, przy zachowaniu odpowiednich środków ostrożności, stosownie do stanu pogody, i z przyjemnością stwierdzić możemy, że nawet ciężko chorzy w krótkim czasie nabierają dobrego przyzwyczajenia, które pozwala im oddychać świeżem powietrzem nietylko dniem, lecz i nocą. Tym sposobem oddychanie świeżem powietrzem staje się istotnie s t a ł e m; płuca w porozumieniu ze zdrową radą lekarską, przełamują panującą rutynę, która głosi, że w nocy okna powinny być szczelnie zamknięte, gdyż »inaczej można się zaziębić«; praktyka zaś wykazuje, że płuca, o które właśnie chodzi, nietylko nic na tem nie tracą, lecz przeciwnie dużo zyskują. Doświadczenie poucza ponadto, że nietylko płuca, lecz ustrój cały się hartuje i istotnie staje się odpornym na zaziębienie i na wszelkie zmiany pogody, przyzwyczajając się do bardzo nizkiej względnie ciepłoty. To zaś odpowiada zadaniom leczenia, mającego na widoku nietylko poprawę zdrowia chorego w c z a s i e p o b y t u w Sanatoryum, lecz i zabezpieczenie przez odpowiednie zahartowanie ustroju od szkodliwych wpływów w dalszem jego życiu.

Ponieważ mowa o hartowaniu chorego, powinniśmy wspomnieć, iż do tego celu służą używane powszechnie w sanatoryach zabiegi lecznicze, a mianowicie: nacierania całego ciała wodą z wyskokiem, a następnie czystą, u silniejszych zaś chorych natryski, trwające 20—30 sekund, przy stopniowo obniżającej się ciepłocie 35° do 10° C. Nacierania stosowaliśmy w 1911 r. u 361 na 376 chorych, natryski zaś u 60*).

Przechodząc do drugiego punktu, do odżywiania, powiemy w kilku słowach tylko, że chorzy mają 5 posiłków dziennie (pierwsze i drugie śniadanie, obiad, podwieczorek i wieczerzę), że kuchnia obfita i zdrowa, o czem świadczy przyrost wagi u 80·3% chorych (średnio 5·7 kg. na osobę obliczono na 100 dni), że oprócz tych posiłków, wypijają chorzy średnio $1^1/_2$ litra mleka dziennie. — Zauważyć nadto powinniśmy, że zaburzenia w trawieniu, tak często w gruźlicy się zdarzające, zostają przez lekarzy zakładowych skrupulatnie uwzględniane przez stosowanie odpowiedniej dyety. Z drugiej znów strony zaznaczyć możemy, że zaburzenia, przy odpowiedniej dyecie, często mijają względnie dość szybko i przytem bez żadnych specyalnych leków, lecz dzięki dodatniemu wpływowi wysokogórskiego klimatu na całą przemianę materyi, a więc i na czynności narządu trawienia, co niejednokrotnie już stwierdzili lekarze, praktykujący w sanatoryach wysokogórskich.

Wreszcie dotykamy bardzo ważnego punktu, a mianowicie spokoju psychicznego u chorego. Tu rola lekarza jest najtrudniejszą i najwdzięczniejszą zarazem. Jeśli sumienne badanie c a ł e g o stanu chorobowego daje nam klucz do zrozumienia powikłanych spraw biologicznych, jeśli ciągła kontrola różnych objawów choroby (a tych w gruźlicy aż nadto dużo) pozwala nam zoryentować się w wielce niejasnym niejednokrotnie jej przebiegu, to znów z drugiej strony wniknięcie głębsze w psychiczny świat chorego daje nam do rąk potężny oręż, zapomocą którego panujemy nad jego równowagą duchową, tak ważną, tak konieczną — rzec możemy — dla prawidłowego biegu leczenia, a co za tem idzie, dla otrzymania pomyślnych stąd wyników. Na ten wpływ psychiczny lekarza kładziemy wielki nacisk, ze względu właśnie na wybitny charakter gruźlicy i leczenia jej zapomocą metody higieniczno-dyetetycznej. Dziecinnem byłoby rozprawiać nad tem, jaką rolę odgrywa osoba lekarza u łoża chorego, dość wspomnieć pamiętne słowa Nothnagla: »Dobrym lekarzem może być tylko dobry człowiek«. Ale jeśli to zadanie jest łatwem niejednokrotnie dla dobrego człowieka-lekarza w chorobach o przebiegu ostrym, gdzie po stanach ciężkich w krótkim względnie czasie może nastąpić polepszenie i lekarz staje się zbawcą, wyrocznią, jednem słowem wszystkiem, — to w leczeniu gruźlicy zadanie to staje się stokroć mozolniejszem i cięższem. Już przez to samo, że leczenie musi trwać całe miesiące, jest ono dla chorego nudne i wyczerpuje jego energię i cierpliwość, i w równym stopniu wymaga dużych zapasów energii i cierpliwości ze strony lekarza, aby mógł panować nad depresyą chorego. Ale co ważniejsza, to wybitnie nieprawidłowy i temsamem tak bardzo charakterystyczny dla gruźlicy przebieg sprawy chorobowej, podlegającej przelicznym wahaniom ciepłoty, zboczeniom od linii prostej, powikłaniom ze strony różnych narządów i t. d., co nietylko wytrąca chorego z równowagi, ale pogrąża go niejednokrotnie niemal w stan rozpaczy, tem łatwiejszy do zrozumienia, że przez te długie miesiące leczenia chory odłączony jest od bliskiego i drogiego mu otoczenia, oderwany od swych zajęć i prawidłowego biegu życia. Ma więc wzrok przykuty do swej choroby, kręci się w zaczarowanem kole smętnych rozmyślań i ciężkiej walki duchowej. I tu właśnie leży »punctum saliens« psychicznego wpływu lekarza na udręczonego własnemi myślami pacyenta, tu jego wielce trudna, lecz zarazem bardzo wdzięczna rola.

Niech nam będzie wybaczonem, jeśliśmy się dłużej nad tą stroną leczenia, nad tą psychoterapią zatrzymali, ale zrozumieją nas ci, którzy mieli długie lata do czynienia z chorymi w sanatoryach i z dnia na dzień żyli z nimi wspólnem życiem.

Przechodzimy do szczegółowego rozpatrzenia wyników leczniczych. Dla ułatwienia ich oceny dzielimy jak dawniej chorych na 3 okresy wedle starej klasyfikacyi Turbana. Chociaż uznajemy wszelkie jej braki, ze względu na powikłane sprawy biologiczne zachodzące w gruźlicy, a nie dające się zamknąć w ramach zmian jedynie anatomicznych, jednak schemat taki stanowi poniekąd udogodnienie dla zoryentowania się i w tym też celu posługujemy się nim. W sprawie wyników wyłącznie dodatnich nadmieniamy, iż z rozmysłem unikamy terminu »wyleczenie«, o którem w braku jak na dziś określonego kryteryum, może rozstrzygać tylko c z a s, co też w zupełności potwierdza zestawienie wielkich statystyk z sanatoryów ludowych niemieckich, dotyczących dodatnich wyników przy w y j ś c i u z z a k ł a d u (Entlassungserfolge), oraz t r w a ł y c h w y n i k ó w, w 4—5 lat potem (Dauererfolge). Posługujemy się

*) U w a g a. W sprawie stosowania leków wewnętrznych w gruźlicy płuc zajmujemy stanowisko, które już zaznaczaliśmy w poprzednich sprawozdaniach: nie uznajemy mianowicie żadnych leków swoistych przeciwgruźliczych, stosujemy zaś tylko lekarstwa objawowe, jako to przeciwgorączkowe, wykrztuśne, wzmacniające itp. Ze środków przeciwgorączkowych podawaliśmy naszym chorym, pyramidon, aspirynę, fenacetynę, kryogeninę, laktofeninę, elbon i inne. Dla podniesienia działalności całego ustroju, zwłaszcza w przypadkach niedokrwistości, stosowaliśmy różne przetwory żelaziste, fosforowe, i arsenowe, te ostatnie najchętniej w postaci wstrzykiwań podskórnych.

Z zabiegów zewnętrznych częste zastosowanie w odpowiednich przypadkach znajdowały suche bańki, opaski wysychające, naświetlania, elektryzacya itd.

stale terminami: względna poprawa, rozumiejąc przez nią polepszenie głównie stanu ogólnego, i znaczna poprawa, gdy jednocześnie stwierdzamy widoczne polepszenie w płucach. W 1911 r. wyników dodatnich (patrz Tab. II), mamy 86·2% przy najmniejszym od otwarcia zakładu odsetku śmiertelności, wynoszącym tylko 0·8%, zaznaczając, iż wyższą cyfrę dodatnich wyników od czasu istnienia Sanatoryum mieliśmy tylko raz jeden, a to 89·7% w 1908 r.

Rozpatrując w porządku chronologicznym trzy pierwsze pozycye w Tabl. II, możemy tylko stwierdzić co do płci powtarzającą się już od szeregu lat pewną przewagę kobiet nad mężczyznami, co też już dawniej uzasadnialiśmy. Co się zaś tyczy obciążenia dziedzicznego, wynoszącego 56% ogółu chorych w 1911 r., mamy obecnie cyfrę średnią w zestawieniu z poprzedniemi sprawozdaniami, gdyż waha się ona zwykle w granicach od 50% do 60%. Zresztą, jak to już niejednokrotnie dawniej zaznaczaliśmy, obciążenie dziedziczne niema wpływu na dodatnie wyniki, sprawozdanie zaś za 1909 r. wykazuje, że przy 63% obciążenia dziedzicznego mieliśmy 86% wyników dodatnich, a więc również tyle, ile w 1911 r. przy 56%.

W sprawie wieku chorych widzimy pewną prawidłowość, uzasadnioną prawami biologicznemi i społecznemi, a mianowicie największa liczba chorych przypada na okresy lat od 21—30 i od 31 do 40, stanowiąc w 1911 r. 66% ogółu chorych.

Liczba ta waha się u nas w granicach od 65% do 75%, i tylko w 1908 r. wynosiła 85% ogółu.

Rozpatrując dalsze szczegóły, zawarte w Tabl. II, zatrzymujemy się chwilę nad dwoma ważnymi objawami w przebiegu leczenia gruźlicy, a mianowicie: ustępowanie gorączki i znikanie laseczników Kocha z plwociny. Gorączka w 1911 r. znikła u 38·6% chorych, stanowiąc cyfrę wyższą niż w 1910 i 1905 r., ale niższą niż w inne poprzednie lata. Cyfra ta napozór wydawałaby się paradoksalną, skoro zważymy, że właśnie w 1911 r. mieliśmy 49·5% chorych w I okresie Turbana i tylko 18·1% w III okr., czyli najwięcej w I okresie i najmniej w III w porównaniu z innemi latami. Ale paradoks ten da się usprawiedliwić podanym już powyżej ważnym argumentem, że rozległość zmian anatomicznych nie stanowi jeszcze o odporności biologicznej ustroju, a powtóre i tą okolicznością, że już od paru lat kontyngens trzeciego okresu stanowią chorzy, którychby można śmiało zaliczyć do czwartego lub piątego, gdyby takie istniały w przyjętych dziś klasyfikacyach. Są to chorzy, którzy zwiedzili różne stacye klimatyczne europejskie i z własnej inicyatywy lub też za poradą innych osób, przyjeżdżają próbować jeszcze leczenia... w wysokogórskim klimacie, jako w ostatniej, wedle ich mniemania, ucieczce.

Co się tyczy znikania laseczników Kocha, to zdanie nasze może wydać się dziwacznem, ale nie przypisujemy znikaniu temu doniosłego praktycznego znaczenia. Zapewne, zniknięcie laseczników jest niewzruszonym probierzem wyleczenia się, ale trzeba wykazać, że laseczniki znikły istotnie nietylko na całe miesiące, ale na lata — że znikły na zawsze. I właśnie przy częstych badaniach plwocin w Sanatoryum widzimy, że sprawa ta wydaje się bardzo zawiłą, gdyż znikanie laseczników podlega ogromnym wahaniom, a zdarza się i tak, że u chorych, którzy przy dobrym stanie ogólnym i płuc przyjeżdżają dla tak zwanego doleczania (»Nachkur«) w lat kilka po opuszczeniu Zakładu nieraz w sposób zgoła nieoczekiwany, pojawiają się laseczniki w ich plwocinie. Słusznie też Niemcy z naciskiem podkreślają różnicę między »Tuberkulose-infektion« i »Tuberkulose-erkrankung«, rozumiejąc, że w pierwszym przypadku osobnik może być całkowicie zdolnym do pracy, a pomimo to posiadać w swym ustroju ukryte ogniska, zawierające żywe lub martwe laseczniki, wydostające się przy odpowiednich okolicznościach nazewnątrz ustroju.

W 1911 r. laseczniki znikły u 17·5% i tylko w latach 1905 i 1908 mamy cyfry wyższe (23% i 18%); natomiast w 1906 i 1907 r. mamy cyfrę bardzo nizką, bo 9·2%. Cyfry te nie mają bezpośredniego związku z wynikami leczniczymi. Gdy zaś czytamy sprawozdania z różnych sanatoryów europejskich, które przy dodatnich, jak u nas wynikach, okrągło 80—90%, wykazują znikanie laseczników u 30%, a nawet 40% chorych, nie możemy się oprzeć uczuciu zdziwienia na widok tak ponętnych liczb!

Przechodzimy z kolei do dwóch ważnych powikłań w przebiegu leczenia: krwioplucia i krwotoków, oraz gruźlicy krtani. W sprawie tej zdania lekarzy są podzielone; jedni twierdzą, iż klimat wysokogórski w obu przypadkach jest szkodliwy, drudzy naodwrót. W dłuższe rozważania wdawać się nie będziemy, gdyż w poprzednich sprawozdaniach szeroko sprawa ta była omówioną i w opinii lekarzy, praktykujących w wysokogórskim klimacie, a opartej na faktach i cyfrach, dawno już na korzyść jego została rozstrzygniętą.

Rzućmy okiem na nasze cyfry. Krwioplucia i krwotoki przed przyjazdem do Sanatoryum zdarzyły się u 183 chorych, czyli u 48·7% ogółu, powtórzyły się u 42 chorych na 183 (23%), pokazały się poraz pierwszy w Sanatoryum u 4 chorych, czyli okrągło 1%. Cyfry mówią same za siebie i nie potrzebują komentarzy*).

Co się tyczy gruźlicy krtani, stwierdziliśmy ją u 33 chorych (okrągło 9%), a w tej liczbie 16 lekkich przypadków, 9 średnio ciężkich i 8 ciężkich, z głębokiemi zmianami i owrzodzeniami poszczególnych części krtani. Otóż, w jednym tylko przypadku użyto rękoczynu chirurgicznego, u reszty zaś stosowaliśmy wziewania, zasypywania proszkami, zalewania lub pędzlowania zwykłymi środkami odkażającymi (mentol, ortoform etc.) i otrzymaliśmy względnie bardzo zadowalniające wyniki: w 7 przypadkach znaczną poprawę, w 14 względną, czyli razem 64% dodatnich wyników, wreszcie 12 bez zmiany.

Z kolei należy wspomnieć o innych powikłaniach, związanych bezpośrednio lub pośrednio z główną sprawą chorobową. Do tych zaliczamy: 13 nephritis tuberculosa (10 bez zmiany, 3 pogorszenie), 6 enteritis tub. (5 bez zmiany, 1 pogorszenie), 3 peritonitis tub. (2 bez zmiany, 1 wyleczenie), 2 fistula ani (2 wyleczenia po operacyi), 2 osteo-periostitis tub. (1 bez zmiany, 1 poprawa), 2 epididy-

*) Uwaga. Cyfry te zgadzają się ze statystykami innych sanatoryów wysokogórskich, jak to wykazał na Zjeździe krakowskim w 1910 jeden z nas dwóch (Dr Stefan Rudzki), którego obszerna monografia o krwiopluciach w klimacie wysokogórskim ukaże się wkrótce w druku.

mitis tub. (1 bez zmiany, 1 poprawa), 1 polyarthritis Poncet (bez zmiany), 1 glossitis tub. z głębokiemi i licznemi owrzodzeniami (znaczna poprawa), 1 tuberculosis cutis (poprawa), 1 tuberculosis miliaris (śmierć), 1 pneumothorax naturalis (poprawa), 1 perityphlitis tub. (bez zmiany), 1 diabetes mellitus (bez zmiany).

Wreszcie wspominamy o spostrzeżeniach naszych, zapisywanych już od początku w pierwszych sprawozdaniach, a dotyczących specyalnego usadowienia się głównych ognisk gruźliczych: w lewem płucu z przodu w II i III międzyżebrzu, w prawem z tyłu od grzebienia do połowy łopatki i charakterystycznych z tego względu, iż pojawiają się przed sprawą szczytową lub nawet bez niej, jako ogniska autonomiczne, odznaczają się większą od szczytowych ognisk uporczywością i mniejszą od nich skłonnością do poprawy, natomiast względnie większą skłonnością do rozpadu. Wyjaśnienie tego zjawiska jest trudne, zdaje się jednak, iż rentgenoskopia rzuca tu pewne światło, wskazując, że gruźlica płuc może brać swój początek u wnęki płuc. Być więc może, że takie ognisko »wnękowe«, jako dawniejsze*) w chronologicznym porządku, posiada mianowicie z tego tytułu podane wyżej cechy i jeśli sprawa nie rozszerza się ku szczytom, to przyjmuje kierunek poprzeczny ku przodowi lub tyłowi, co właśnie topograficznie odpowiada II i III międzyżebrzu z przodu i od grzebienia do połowy łopatki z tyłu. Dlaczego jednak przednie ognisko znajduje się w lewem, a tylne w prawem płucu, na to odpowiedzi nie mamy i pragnęlibyśmy ją otrzymać od anatomo-patologów. Ogniska takie spotykaliśmy u 52 chorych w prawem płucu z tyłu i u 4 w lewem z przodu, razem u 56, czyli 14·9% ogółu.

Mówiąc o różnych powikłaniach, wspomnimy jeszcze o suchem zapaleniu opłucnej, które będąc zjawiskiem, jak wiadomo, częstem w przebiegu gruźlicy płuc, w naszych spostrzeżeniach ma pewne specyalne cechy, a mianowicie: pojawianie się nawet w płucu zdrowem, ogromną zmienność i niestałość objawów, jak ból i tarcie (to tarcie znika nietylko w ciągu godzin, ale nawet minut), brak harmonii między niemi, niewielką zwykle powierzchnię kilku centymetrów kwadratowych, szybką zmianę miejsca, niezależność od głównego ogniska choroby (np. przy sprawie szczytowej, nawet daleko posuniętej; objawy takiego suchego zapalenia opłucnej znajdują się często w dole pachy lub na dole i na zewnątrz sutka i to przy wypuku i oddechu prawidłowym.). Z tego powodu nazywamy tę formę: »pleuritis sicca volans«. — W obecnem sprawozdaniu znajdujemy ją u 57 chorych, czyli 15% ogółu.

Podane wyżej fakty i cyfry są dostateczną ilustracyą stałego i nieprzerwanego rozwoju Zakładu, do którego przyczynia się w pierwszym rzędzie życzliwość lekarzy polskich, a następnie zdobyte, dzięki pomyślnym wynikom leczniczym, zaufanie wśród szerokich warstw naszego społeczeństwa. Jeśli zestawimy ogólną liczbę dni leczenia w 1910 r. wynoszącą 30.940, z liczbą 34.312 (patrz tabl. I.) w 1911 r., to wzrost frekwencyi w ostatnim roku wpada w oczy. Będzie ona jeszcze bardziej uwidoczniona, jeśli przypomnimy, że w I. sprawozdaniu, obejmującem okres czasu, nie 12, lecz 18 miesięcy (10. XI. 1902 do 30. IV. 1904), mieliśmy tylko 25520 dni leczenia. Z zestawienia tych cyfr wypada, iż od 1903/4 do 1911 frekwencya zwiększyła się prawie o 100%. Jest to wynik tak świetny, że o lepszym myśleć trudno. Można tylko pragnąc utrzymać się na tym poziomie. W tym kierunku będą podążały usiłowania grona ludzi, mającego pieczę nad całokształtem spraw, związanych ze zdrowiem i losem chorych, a tem samem z przyszłością Zakładu, dla ratowania zdrowia przeznaczonego.

*) Uwaga. Należy tu wspomnieć o badaniach Corneta, dotyczących ognisk gruźliczych w płucach u tego samego osobnika, a wykazujących różne co do czasu pochodzenie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.